ITEM 066 : TROUBLES ANXIEUX

TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ

TAG = **symptomatologie anxieuse chronique** (soucis excessifs et mal contrôlés) évoluant pendant **> 6 mois (« maladie des inquiétudes).**
- Au niveau cognitif : attribution d'un caractère dangereux et menaçant aux stimuli environnementaux non menaçant.
- **Prévalence = 5 %**, prédominance féminine (2/1), début à tout âge, le plus souvent entre 35 et 45 ans.
- Trouble anxieux le plus fréquent chez le sujet âgé.
- Particulièrement fréquent chez les enfants présentant un trouble du neurodéveloppement.
- Origine multifactorielle : . **Facteurs de vulnérabilité génétique** : tempérament anxieux, sensibilité au stress.
. **Facteurs environnementaux** : pression professionnelle, stress divers…

DG	**Anxiété et soucis excessifs**		= Symptômes continus, présents tous les jours (ou presque) : - **Appréhension continue**, non associée à un événement déclencher particulier. - **Inquiétudes** et **ruminations** diverses concernant l'avenir, des petites choses ou des problèmes sérieux (problème de santé, risque d'accident, difficultés financières). - **Anxiété excessive**, non justifiée par des éléments réalistes et non contrôlables. - **Problèmes de concentration** sur les taches courantes. - **Insomnie** à type de **troubles de l'endormissement.** - **Symptômes d'hypervigilance** : réactions de sursaut au moindre bruit ou à la moindre surprise. ➔ Anxiété excessive, non justifiée par des éléments réels, et non contrôlable.
	Symptômes fonctionnels chroniques		- Expression clinique variée : **myalgies, céphalées, troubles du sommeil, troubles digestifs, hyperactivité végétative, asthénie, irritabilité, difficultés de concentration, troubles de l'appétit**… ➔ Retardent le diagnostic de TAG en orientant vers des spécialités médicales non psychiatriques.
	Critères (DSM-5)		A : **Anxiété** et **soucis excessifs** (attente avec appréhension), survenant la plupart du temps durant **≥** 6 mois, concernant un certain nombre d'événements ou d'activités. B : Difficulté à contrôler cette préoccupation. C : ≥ 3 symptômes sur une période de **6 mois** : agitation ou sensation d'être survolté ou à bout, fatigabilité, difficultés de concentration ou troubles de mémoire, irritabilité, tension musculaire, perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu, agité, non satisfaisant). D : Anxiété et soucis non liés à d'autres troubles psychiatriques (phobie, trouble panique, TOC, anorexie mentale, hypocondrie) ou à un état de stress post-traumatique.
	DD		- Troubles anxieux réactionnels au stress : **état de stress post-traumatique, troubles de l'adaptation avec anxiété, trouble panique, TOC.** - **Épisode dépressif caractérisé.** - **Pathologies non psychiatriques : SCA, HTA, TdR, asthme, pneumopathie, épilepsie, SEP, migraine, AIT, pathologies endocriniennes.** - **Intoxication par une substance psychoactive** (cocaïne, cannabis) ou **sevrage** (alcool, benzodiazépine, opiacé…)
	Comorbidité psychiatrique		- Autres **troubles anxieux** : **phobie sociale, trouble panique**… - **Troubles de la personnalité « anxieux »** : **personnalité dépendante, personnalité évitante.** - **Abus** et **dépendance à une substance.** - **Épisode dépressif caractérisé.**
ÉVOLUTION	- Évolution **chronique**, avec possibles **fluctuations** (atténuation sur quelques jours/semaines).		
	Complication		- **Épisode dépressif caractérisé** avec **risque suicidaire.** - **Pathologie addictive** : alcool, benzodiazépine, cannabis… - **Répercussions socioprofessionnelles** : arrêt de travail, perte de productivité.
TTT	- Indications du recours au psychiatre : en cas de trouble sévère, de comorbidité (psychiatrique ou non psychiatrique), de résistance au traitement ou de situation à risque spécifique (grossesse, post-partum).		
	Psycho-éducation		- Explication des symptômes, réassurance et information sur la pathologie. - **Règles hygiéno-diététiques** : arrêt des excitants (café, tabac, alcool, autre toxique), bon équilibre alimentaire, RHD de sommeil, activité physique régulière, techniques de relaxation. - Information sur les risques liés à l'usage des benzodiazépines.
	Psycho-thérapie		- **Thérapie cognitivo-comportementale** (efficacité prouvée) : stratégies centrées sur la gestion des émotions et des inquiétudes, apprentissage de techniques de relaxation.
	TTT psycho-pharmaco-logique	TTT de fond	- **Antidépresseurs** dans les formes sévères invalidantes : **ISRS** en 1re intention (paroxétine) ou IRSNA à posologie identique à l'EDC, pour une durée de **6 à 12 mois.** - **Buspirone** (Buspar®) : benzodiazépine sans effet sédatif ou cognitif, sans interaction avec l'alcool ➔ notamment chez le sujet âgé ou en cas de consommation massive d'alcool.

		TTT ponctuel	= En cas de manifestations anxieuses intenses et invalidantes ou en attente d'une efficacité optimale des antidépresseurs. - Anxiolytique rapide : **benzodiazépine** (maximum 12 semaines), **hydroxyzine** (Atarax®). - **β-bloquant** en cas de manifestations somatiques importantes.
	➙ **L'hospitalisation en psychiatrie** n'est jamais nécessaire (hors phase très aiguë ou comorbidité dépressive).		

TROUBLES ANXIEUX DE L'ENFANT

ATTACHEMENT	**Attachement mère-enfant**	- **Attachement *secure*** : bases fondamentales sûres, permettant à l'enfant de s'éloigner de sa mère. - **Attachement *insecure*** : . **Ambivalent** : hésitation entre colère et contentement. . **Avec évitement** : aucune notion de réconfort vers leurs parents. . **Désorganisé** : souvent chez les enfants battus, reproduits à l'âge adulte. ➙ Rôle important dans les relations futures. ➙ Les attachements *insecure* sont plus à risque de trouble anxieux et dépressif.
MANIFESTATIONS ANXIEUSES SELON L'AGE	0 à 6 mois	- Peur des **stimuli sensoriels intenses.** - Peur de la **perte de soutien.**
	6 à 12 mois	- Peur de la **séparation.** - Peur des **figures étrangères.**
	2 à 4 ans	= Pensée préopératoire, sans distinction imaginaire/réalité : - Peur des **créatures imaginaires**, **agresseurs potentiels.** - Peur du **noir**, peur de la **séparation.**
	5 à 8 ans	= Mise en place d'une pensée opératoire et d'un raisonnement concret : - Peur des **catastrophes naturelles, accidents corporels**, peur **induite par les médias.** - Peur de **disparaître** vers 7 à 8 ans. ➙ Apparition de **phobies spécifiques** (peur du sang, peur du noir). ➙ Les TOC peuvent commencer dès l'âge de 7-8 ans.
	> 8 ans	- Intérêts centrés sur la réussite scolaire : **phobie scolaire** prédominante.
	Adolescent	- Intérêts centrés sur ses paires : **phobie sociale, agoraphobie, trouble panique.**
TTT	- **Thérapie systémique** ++. - Très peu de thérapie individuelle. - Peu de médicaments ayant l'AMM chez l'enfant : **fluoxétine, sertraline.**	

TROUBLE PANIQUE

Trouble panique = trouble anxieux caractérisé par la répétition des attaques de panique et par la peur de leur survenue.
- **Prévalence = 1 à 3 %**, prédominance féminine, âge de début typiquement entre 20 et 30 ans.
- Sous-diagnostiqué chez l'enfant et l'adolescent.
- Risque de développer un épisode dépressif caractérisé le plus élevé.
- Multifactoriel : génétiques, neurobiologiques, environnementaux.
- Au niveau cognitif, interprétation erronée des sensations internes (concept de « phobie intéroceptive ») : tendance à interpréter de manière catastrophiste certaines sensations internes physiologiques.

SEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE	**Répétition des attaques de panique**	= Caractéristique principale du trouble panique : - Le plus souvent **spontanée** et **imprévisible** (sans facteur déclenchant) au début du trouble. - De moins en moins spontané au cours du temps, lié à une **anxiété anticipatoire.**
	Anxiété anticipatoire	- **Anticipation permanente de la survenue d'une attaque de panique** (« peur d'avoir peur »). - **Préoccupations** concernant les conséquences de l'attaque de panique (peur de mourir ou de devenir fou) pouvant modifier le comportement du patient. - Complication : **isolement social, changement des habitudes de vie.** - **Conditionnement interne** : palpitations, sensations vertigineuses angoissantes.
	Agoraphobie	= Peur de toutes les situations associées au risque d'attaque de panique : complique souvent un trouble panique, mais peut être retrouvé chez un patient sans trouble panique. - **Crainte** de **l'ensemble des situations dans lesquelles il ne pourrait pas facilement s'échapper** ou **desquels il ne pourrait être secouru en cas d'attaque de panique** : espaces découverts, magasins, files d'attente, foules, lieux publics, endroits clos… - **Restriction d'autonomie** possiblement considérable.

<table>
<tr><td rowspan="3">DG</td><td>Critères diagnostiques (DSM-5)</td><td colspan="2">A – Attaques de panique récurrentes et inattendues.
B - ≥ 1 symptôme accompagnant une des attaques pendant ≥ 1 mois : crainte persistante d’avoir d’autres attaques de panique, préoccupations à propos des implications possibles de l’attaque ou de ses conséquences, changement de comportement important en relation avec les attaques.
C – Attaques non dues aux effets physiologiques d’une substance ou d’une affection médicale générale.
D – Non expliqué par un autre trouble mental (phobie sociale, phobie spécifique, TOC, ESPT, trouble anxiété de séparation).</td></tr>
<tr><td>Forme clinque</td><td colspan="2">- Trouble panique avec ou sans agoraphobie.
- Sévérité : nombre d’attaques de panique (de quelques-unes/an à plusieurs/jour).</td></tr>
<tr><td>DD</td><td colspan="2">- Épisode dépressif caractérisé.
- Troubles anxieux : phobie sociale, phobie spécifique, ESPT…
- Cause médicale :
. Cardiovasculaire : angor, HTA, IDM, trouble du rythme paroxystique…
. Pulmonaire : asthme, pneumopathie…
. Neurologique : épilepsie, SEP, crise migraineuse, AIT, pathologie de l’oreille interne.
. Endocrinien : hypoglycémie, dysthyroïdie, phéochromocytome, Cushing, hypoparathyroïdie…
- Toxique : amphétamine, cocaïne, hallucinogène, cannabis ou sevrage (alcool, benzodiazépine, opiacé…)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ÉVOLUTION</td><td colspan="3">- Évolution généralement chronique, avec possible amélioration partielle spontanée au long terme (> 10-15 ans : disparition/espacement des attaques de panique, mais persistance de l’anxiété anticipatoire et de l’agoraphobie).</td></tr>
<tr><td>Complication</td><td colspan="2">- Épisode dépressif caractérisé.
- Pathologie addictive.
- Répercussion socio-professionnelle : besoin d’être accompagné, limitation des déplacements (crainte des transports en commun, des lieux publics, de l’éloignement du domicile…)</td></tr>
<tr><td rowspan="5">TTT</td><td colspan="3">- Indications du recours au psychiatre : en cas de trouble sévère, de comorbidité (psychiatrique ou non psychiatrique), de résistance au traitement ou de situation à risque spécifique (grossesse, post-partum).</td></tr>
<tr><td>Psycho-éducation</td><td colspan="2">- Explication des symptômes, réassurance et information sur la pathologie.
- RHD : arrêt des excitants (café, tabac, alcool…), bon équilibre alimentaire, RHD de sommeil, activité physique régulière, techniques de relaxation, information sur les risques liés à l’usage des médicaments anxiolytiques.</td></tr>
<tr><td>Psychothérapie</td><td colspan="2">- Thérapie cognitivo-comportementale (à privilégier) : centrée sur l’exposition et la désensibilisation aux sensations physiques des attaques de panique, et aux situations redoutées.
- Méthodes de relaxation.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">TTT psycho-pharmaco-logique</td><td>TTT de fond</td><td>- Antidépresseur dans les formes sévères : ISRS en 1re intention +/- ISRNA, pendant 6-12 mois.
➝ Action en 3 à 4 semaines, indépendamment de symptômes dépressifs associés.</td></tr>
<tr><td>TTT ponctuel</td><td>- En cas de manifestations anxieuses intenses et invalidantes (lors des crises et sur quelques jours) : benzodiazépine, hydroxyzine.</td></tr>
<tr><td colspan="3">➝ Hospitalisation exceptionnelle, seulement en cas de manifestations anxieuses envahissantes ou de risque suicidaire.</td></tr>
</table>

TROUBLE PHOBIQUE

Phobie = peur très intense, souvent incontrôlable, déclenchée par la confrontation à un objet ou une situation redoutée, non objectivement dangereuse, entraînant des conduites d'évitement.
- Prévalence = **10 à 12 %** pour la phobie spécifique et **5 %** pour la phobie sociale.
- Chez l'enfant : très fréquents (plus de 20 %), 1 % des enfants en âge scolaire pour le refus scolaire anxieux.
- Chez les enfants et les adolescents : 5 à 30 % avec une période de refus scolaire anxieux durant la scolarité.
- Double étiologie : . **Terrain de vulnérabilité biologique** (facteurs génétiques).
  . **Influences environnementales** : événement de vie traumatisant, apprentissage social par imitation de modèles ou intégration de messages d'alertes.

SEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

Phobie spécifique

= Crainte irraisonnée et incontrôlable d'un objet ou d'une situation (phobogène).
- **Spécifique** = limitée à un seul objet bien défini, avec un mécanisme de conditionnement simple.

Réaction à l'objet
- **Peur**, voire **attaque de panique**, déclenchée en présence de l'objet ou de sa représentation, parfois déclenchée par sa simple évocation mentale, disparaît en l'absence de l'objet/situation.
- **Sidération.**
- **Comportement d'évitement (fuite**, non confrontation à la situation).
- Attitudes de réassurance : **objet contraphobique** (réellement protecteur ou seulement symbolique rassurant).

En dehors de l'exposition
- **Anticipation anxieuse.**
- **Hypervigilance** pour s'assurer de l'absence d'objet phobogène.

Thèmes
- **Phobie d'animal** = **zoophobie** (les plus fréquentes) : araignées, insectes, souris, serpents… ➙ peut concerner tous les animaux.
- **Phobie d'élément naturel** : orage, hauteur, vide, eau…
- **Phobie du sang et des procédures médicales** (et des injections et interventions chirurgicales) : réaction particulière avec **bradycardie** et très souvent **évanouissement.**
- **Phobie situationnelle** : tunnel, pont, lieux clos (claustrophobie), avion…

Chez l'enfant
- Très fréquente chez l'enfant, dans le développement normal : évolution des thématiques avec l'âge (créature imaginaire, phénomène naturel (orage, feu, eau…), obscurité, animaux…)
- **Pathologique** seulement si d'intensité importante, persistant de manière prolongée, ou avec un retentissement sur les activités de l'enfant.

Refus scolaire anxieux
= Phobie de situation chez l'enfant : **globale** ou **partielle** (portant seulement sur certains composants : mathématique, lecture, temps de récréation…)
- Comportement qui peut être la conséquence de troubles psychiatriques divers et souvent intriqués (anxiété de séparation, phobie sociale, phobie spécifique, trouble panique, trouble de l'humeur).
- Répercussions en termes d'apprentissage scolaire importantes.

Phobie sociale (ou anxiété sociale)

= **Crainte d'agir de façon embarrassante ou humiliante sous le regard et le jugement d'autrui**, accompagnée de **manifestations somatiques** (tachycardie, rougeur, polypnée, tremblements, sueurs…) aggravant la crainte, jusqu'à **l'attaque de panique.**
- **Phobie non spécifique** : mécanisme plus complexe, pouvant s'étendre à un très grand nombre de situations différentes (peur de parler ou de se produire en public, peur de rougir (éreutophobie), peur de manger ou boire en public…)

Conséquence
- **Anxiété anticipatoire** : anticipation d'être humilié par son propre comportement (rougir, bredouiller) et du jugement négatif d'autrui.
- **Évitements multiples des situations sociales** altérant la qualité de vie.

DG

Critères DSM-5

A – **Peur persistante et intense**, à caractère irraisonnée ou excessive, déclenchée par la **présence ou l'anticipation de la confrontation** à un **objet** ou une **situation spécifique.**
B – L'exposition au stimulus phobogène provoque de façon quasi-systématique une **réaction anxieuse immédiate**, possiblement sous forme d'une attaque de panique.
C – **Évitement** de/des situations phobogènes, vécu avec une anxiété avec une détresse intense.
D – Peur ou anxiété disproportionnée par rapport au danger réel engendré par l'objet ou la situation spécifique et par rapport au contexte socio-culturel.
E – Durée **≥ 6 mois.**
F- Évitement, anticipation anxieuse ou souffrance perturbant de façon importante des habitudes vie, activités socio-professionnelles ou relations avec autrui et/ou sentiment de souffrance important.

	DD	Phobie spécifique	- **Peur banale** : signaux de danger adapté. - **Agoraphobie.** - **Trouble panique** : attaque de panique non limitées aux situations phobogènes. - **État de stress post-traumatique.** - **TOC**, notamment avec **phobie d'impulsion.** - **Schizophrénie** ou autre trouble psychotique. - **Nosophobie** = peur de contracter une maladie (dans diverses maladies). - **Phobie d'impulsion** = crainte de réaliser impulsivement et sans le vouloir, en présence d'objets ou de situations, un acte immoral, dangereux, auto/hétéro-agressif (classée dans les TOCs).
		Phobie sociale	- **Agoraphobie, trouble panique.** - **Trouble envahissant du développement**, **personnalité schizoïde** : les situations sociales sont évitées par manque d'intérêt. - **Trouble anxieux généralisé.** - **Épisode dépressif caractérisé.**
	Comorbidité		- **Dépendance/abus de substance** : alcool, benzodiazépine, cannabis… - **Épisode dépressif caractérisé.** - Autre **trouble anxieux.**
ÉVOLUTION	Phobie spécifique		- Apparition généralement durant l'enfance ou au début de l'adolescence. - Disparition ou atténuation dans la majorité des cas au début de l'âge adulte. - Si persistante à l'âge adulte : **évolution souvent chronique.** - Peu de complication, sauf en cas de retentissement très sévère sur la vie du sujet.
	Phobie sociale		- Apparition généralement entre 10 et 20 ans, de début insidieux ou brutal faisant suite à une expérience stressante ou humiliante. - Évolution chronique, avec possible atténuation avec les années. - Généralement source d'un **handicap fonctionnel** avec **réduction du soutien social, isolement, difficultés scolaires et professionnelles.**
TTT	- Indications du recours au psychiatre : en cas de trouble sévère, de comorbidité (psychiatrique ou non psychiatrique), de résistance au traitement ou de situation à risque spécifique (grossesse, post-partum). - Hospitalisation en psychiatrie exceptionnelle (manifestations anxieuses extrêmement envahissantes, comorbidité dépressive et/ou de risque suicidaire).		
	Psychothérapie		- **Thérapie cognitivo-comportementale** : **exposition *in vivo* graduée** ou **désensibilisation** (exposition de façon progressive, mais prolongée aux objets ou situations redoutées) et **restructuration cognitive.** - Phobie sociale : . **TCC de groupe** plus efficace (exercice d'exposition au « public », jeux de rôle…) . **Techniques d'affirmation de soi.**
	Pharma-cothérapie		→ Aucun traitement médicamenteux n'est efficace contre les phobies spécifiques. - **Anxiolytique** : utilisation ponctuelle (ne modifie pas l'évolution du trouble phobique au long cours). - **Antidépresseur** (ISRS en 1re intention +/- ISRNA) : en cas de phobie sociale sévère.
	Refus scolaire anxieux		- **Approche multidisciplinaire et collaborative** au sein du triptyque parents/établissement scolaire/professionnels de santé. - En cas de situation sévère ou ne répondant pas à la prise en charge non pharmacologique : traitement pharmacologique ciblant l'étiologie psychiatrique sous-jacente (le plus souvent un antidépresseur de type inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine).

TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

TOC = association de 2 symptômes spécifiques, **obsessions** et/ou **compulsions.**
- Pathologie psychiatrique fréquente et invalidante.
- Prévalence = **2 %**, généralement du sujet jeune = 65 % de début < 25 ans, dont 1/3 dans l'enfance, avec un sex ratio = 1.
- Débutant généralement dans l'enfance ou chez l'adulte jeune.
- Origine mal connue, probablement multifactorielle : **facteur génétique** (gènes codant pour les protéines des systèmes sérotoninergiques et dopaminergiques) et **facteurs environnementaux.**
- Hypothèse physiopathologique : dysfonctionnement des boucles fronto-striato-pallido-thalamo-corticales, dans le sens d'une hyperactivité du circuit orbitofrontal et un hypofonctionnement de la boucle préfrontale dorsolatérale.

SEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

Obsession		= **Irruption de pensées ou de représentations** en désaccord avec la pensée consciente du sujet (mais perçue comme provenant de son esprit). - **Récurrentes** et **persistantes.** - Ressenties comme **intrusives** et **inappropriées** par le sujet. - Source **d'anxiété** et **d'inconfort**, avec des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions (lutte anxieuse). ➙ **Reconnaissance du caractère pathologique** non systématique : variable selon les patients (insight faible/nul dans **30 % des cas**) et les situations (↘ lors de la survenue d'obsessions).
Compulsion et rituel		= **Comportement répétitif** (se laver, ordonner, ranger, vérifier…) ou **actes mentaux** (compter, répéter des mots…) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible. - Destinées à neutraliser ou diminuer le sentiment de détresse, ou à empêcher un événement ou une situation redoutée. - **Excessive**, ou sans relation réaliste avec ce qu'elle est censée neutraliser. - **Non-source de plaisir** (au-delà du soulagement de l'angoisse). ➙ **Rituel** = compulsion à caractère rigide et stéréotypé, obéissant à des règles idiosyncrasiques, ayant un caractère conjuratoire.
Insight		= Conscience du trouble. - En majorité bon insight, mais 5 à 25 % des patients ont un insight faible. - Varie au cours de l'évolution. - Facteur pronostique de l'évolution du trouble à long terme.
Évitement		= Vis-à-vis des situations favorisant l'émergence d'obsessions ou compulsions.
Thématique	**Contamination**	- Obsessions de **contamination.** - Compulsions/rituels : . **De lavage** : des mains, du corps entier, des objets… . **D'évitement** : ne pas toucher, port de gant…
	Erreur	- Obsession : **ordre, symétrie, exactitude.** - **Compulsion/rituels de vérification** : souci extrême de l'ordre, de la symétrie, de l'exactitude, grande rigidité dans l'enchaînement des actions, leur réalisation selon des critères idiosyncrasiques (alignement des objets, symétrique, marche sur des lignes droites…)
	Pensées interdites	- Obsession : **pensée interdite.** - Compulsion : **vérification, rituels mentaux** (mots répétés pour « conjurer » les effets redoutés…)
		Catastrophe : = Survenue d'un accident du fait de la responsabilité du sujet : mettre le feu ou être à l'origine d'un accident par négligence…
		Impulsion agressive : = Crainte de perdre le contrôle de soi, peur de commettre un acte répréhensible contre son gré, crainte de violence envers autrui ou soi-même, images de violences ou d'horreur, peur de laisser échapper des obscénités ou des insultes, peur de voler des choses… ➙ Sans passage à l'acte.
		Thématique sexuelle : = Contenu sexuel jugé répréhensible par la personne : homosexualité, inceste…
		Thématique religieuse : = Préoccupations liées au bien et au mal, à la moralité, au sacrilège, au blasphème, associé possiblement à des prières, des rituels religieux compulsifs ou des rituels mentaux.
		Thématique somatique : = Peur d'être atteint d'une maladie, obsession portant sur l'aspect d'une partie de son corps.

DG	Critères DMS-V		A – Présence **d'obsession** et/ou **compulsion** (rarement purement obsessionnel ou compulsif). B – Les symptômes durent **≥ 1 h/jour** au patient, ou entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération socio-comportemental. C – Non dû aux effets physiologiques d'une substance ou d'une affection médicale générale. ➞ Dans le DSM-V, le TOC n'est plus caractérisé comme un trouble anxieux, mais dans une catégorie à part (TOC et apparentés). D – Pas mieux expliquée par les symptômes d'une autre maladie.
	Formes cliniques		- Selon la qualité de l'insight : **bon, mauvais** ou **absent.** - **Forme typique** : chez l'adulte jeune. - **Forme à début précoce** chez l'enfant : généralement similaire à la forme de l'adulte. ➞ Certains rituels apparaissent au cours du développement normal (rituel d'endormissement…)
	DD		- Pathologie neurologique (atteinte des noyaux gris centraux) : **syndrome Gilles de la Tourette, chorée de Huntington, PANDAS** (*Paediatric Auto-immune Disorders Associated with Streptococcus Infections*). - Mouvements anormaux = **tics** : mouvements ou vocalisations répétitives involontaires, non dirigés vers un but, non précédés d'obsession. - **Schizophrénie** : idée délirante ➞ caractère égosyntonique (sans lutte intérieure) et conviction inébranlable. - **Trouble anxieux** : **trouble anxieux généralisé, phobie spécifique, hypocondrie.** - **Trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive** : fonctionnement de la pensée centré sur des préoccupations liées à l'ordre, au perfectionnisme et au contrôle, avec un caractère égosyntonique.
	Comorbidité		- **Épisode dépressif caractérisé** et **troubles anxieux.** **- Troubles des conduites alimentaires (anorexie mentale).** - **Tics chroniques** associés dans 25 % des cas. - Sd de Gilles de la Tourette. - Autre trouble du spectre obsessionnel-compulsif : **trichotillomanie, excoriation compulsive, accumulation compulsive, dysmorphophobie.** - Trouble de la personnalité : **obsessionnelle** (30 %), **évitante, dépendante.**
ÉVOLUTION	- Évolution généralement péjorative en l'absence de prise en charge : ↘ des tentatives de résistance aux symptômes, mise en place d'évitements de plus en plus importants, isolement social… - Sévérité variable : légère (impact modéré sur le fonctionnement social) à sévère (grande difficulté dans la réalisation des actes de la vie quotidienne).		
	Complication		- **Épisode dépressif caractérisé.** - **Risque suicidaire**.
TTT	**Psycho-éducation**		- Rassurer le patient sur le fait qu'il ne va pas perdre le contrôle ou devenir fou, nommer le trouble, la nécessité d'un traitement médicamenteux et son délai d'action long (6 à 12 semaines). - **Rencontre de l'entourage** : importance de ne pas participer aux rituels, ne pas faciliter l'évitement et ne pas répondre aux demandes de réassurances répétées (contribuant au maintien du trouble).
	Psycho-thérapie		**Thérapie cognitivo-comportementale** : 50 % de patients répondeurs. - Méthode : **exposition avec prévention de la réponse**, aux conditions déclenchant les obsessions anxieuses (in vivo et en imagination) et lutte contre les compulsions. - Possible séances de « rappel » régulières en cas de réussite.
	TTT psycho-pharmaco-logique	TTT de fond	**Antidépresseur ISRS** : efficace à **posologie élevée** (double de la posologie habituelle), avec un délai d'efficacité long de **6 à 12 semaines.** - Maintenir le traitement ≥ 12 semaines avant de conclure à un échec. - Traitement à dose maximale pendant **1 à 2 ans**, puis diminution à posologie efficace. **Antidépresseur tricyclique** (**clomipramine**) : après échec de 2 ou 3 ISRS. En cas de résistance à plusieurs essais d'antidépresseurs : association **ISRS + tricyclique** ou **antidépresseur + antipsychotique de 1re génération** (à faible posologie).
		TTT ponctuel	= En cas de manifestations anxieuses intenses et invalidantes : **anxiolytique** (action uniquement sur l'anxiété, sans effet sur les obsessions et compulsions), utilisation ponctuelle.
	➞ Hospitalisation en psychiatrie seulement en cas de risque suicidaire majeur.		

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

État de stress post-traumatique (ESPT) = **trouble stress post-traumatique (TSPT)** = survenue de symptômes caractéristiques à la suite de l'exposition directe et personnelle à un traumatisme.
- Prévalence = 5 à 10 %, ↗ dans les populations exposées (zone instable ou en guerre…), prédominance féminine (2/1).
- **Traumatisme** = événement au cours duquel le sujet ou d'autres personnes ont pu être menacés de mort, trouver la mort ou encourir des blessures graves, entraînant chez le sujet une réaction de frayeur, un sentiment d'horreur et d'impuissance : **agression physique** ou **sexuelle**, **guerre, détention militaire, génocide, internement ethnique** ou **politique**…
➞ L'événement traumatique doit être responsable d'un fort sentiment de débordement associé à un vécu d'impuissance.
➞ Peut aussi concerner les **personnes ayant été brutalement informées** qu'un tel événement est arrivé à l'un de leur proche.
➞ **Ne concerne pas l'exposition par l'intermédiaire d'un média** (télévision, film…)
- Facteurs de risque : facteurs génétiques, caractéristiques de l'événement traumatique (type, sévérité, durée et proximité de l'exposition), faible qualité du soutien social, sexe féminin, antécédents psychiatriques (autres troubles anxieux, troubles dépressifs), antécédents d'autres événements traumatiques et niveau socio-économique bas.

SEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE	**Syndrome de répétition**	= **Revécu involontaire, vivace** et **angoissant** de certains aspects de l'expérience traumatisante : - **Reviviscence**, ***flashbacks* =** réactions dissociatives (le sujet agit ou ressent les mêmes émotions que lors du traumatisme) : images ou expériences sensorielles qui s'imposent au sujet de manière intrusive et répétitive. - **Cauchemars traumatiques**. - Accompagnées d'une réactivité physiologique avec symptômes physiques (palpitations, sueurs, tremblement, polypnée).
	Syndrome d'évitement	- **Évitement des stimuli** rappelant le traumatisme : personnes, lieux, situations, circonstances qui ressemblent ou sont associées au traumatisme. - **Évacuation de tout souvenir rattaché au traumatisme** (ne pas y penser, ne pas en parler). - **Rumination excessive de certains questionnements** (pourquoi l'événement est arrivé au sujet, qu'est-ce qu'il aurait fallu faire pour l'empêcher, comment se venger).
	Hyper-activation neuro-végétative	- **Hypervigilance permanente.** - **Réactions de sursaut exagérées.** - **Irritabilité**, avec **accès de colère.** - **Difficultés de concentration et altération de la mémoire.** - **Troubles du sommeil** : difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu au moindre bruit.
	Altération négative des cognitions et de l'humeur	- **Distorsions cognitives** : culpabilité et ruminations concernant le sujet ou d'autres personnes, dans un état quasi-permanent de peur, honte, colère ou culpabilité. - **Indifférence émotionnelle** : **diminution des intérêts**, **difficulté à éprouver des émotions positives**, **détachement** vis-à-vis des autres, **abandon des activités**, voire **amnésie** de certains éléments significatifs du traumatisme.
DG	Critères diagnostiques	A : **Exposition directe ou indirecte (témoin, proche) à un événement traumatique** au cours duquel le sujet ou d'autres personnes **ont** pu mourir, être très gravement blessées, menacées de mort ou de grave blessure. B, C, D, E : **Carré symptomatique** regroupant : syndrome de répétition, syndrome d'évitement, hyperactivation neurovégétative et altérations négatives des cognitions et de l'humeur. F : Durée des symptômes **> 1 mois après la survenue de l'événement.** G : **Souffrance cliniquement significative** ou **altération du fonctionnement social ou professionnel.**
	Formes cliniques	- **Forme pédiatrique** : symptomatologie différente (symptôme de reviviscence sous forme de répétitions de la scène traumatique sous forme de jeux répétitifs, de dessins ou de rêves effrayants…) - **Chez l'adolescent** : comportements agressifs et impulsifs au premier plan.
	Comorbidité psychiatrique	- **Abus de substance ou dépendance** : consommation d'alcool, drogues, nicotine ou psychotropes. - **Épisode dépressif caractérisé** : idée de honte ou de culpabilité associée ➞ **risque suicidaire.** - Autres troubles anxieux : **trouble panique, TOC.**
DD	**Trouble stress aigu**	= **Trouble stress aigu** = apparition d'une symptomatologie similaire dans les jours suivant le traumatisme, mais ne perdurant pas plus **d'1 mois.** - Débute typiquement immédiatement après le traumatisme et dure entre 3 jours et 1 mois. - Évolution **souvent spontanément résolutive.** - **Symptomatologie dissociative** possible : **mutisme**, **errance, état de détachement, dépersonnalisation, déréalisation** voire **amnésie lacunaire** ➞ FdR d'évolution vers un ESPT. - FdR d'ESPT suite à un événement traumatique : . Sévérité, durée et proximité de l'exposition. . Qualité du soutien social. . Atcds personnels/familiaux de trouble psychiatrique. . Sexe féminin et niveau socio-économique bas.

<table>
<tr><td></td><td colspan="3">- Trouble de l’adaptation : événement stressant moins sévère, non traumatisant, absence de syndrome de répétition et de syndrome d’évitement.
- TOC : possibles idées ou images intrusives, sans lien avec un événement traumatique.
- Troubles hallucinatoires : idées délirantes, anosognosie, sans critique des expériences de reviviscence.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ÉVOLUTION</td><td colspan="3">- Durée variable : guérison complète en 3 mois dans 50 % des cas.
- Réactivation possible des symptômes en réponse à un rappel de l’événement traumatisant, des stress liés à la vie ou à un nouvel événement traumatisant.
- Risque de désinsertion progressive, de repli ou de complication (épisode dépressif caractérisé…)</td></tr>
<tr><td>Facteurs pronostiques</td><td colspan="2">- Sévérité, durée, et proximité de l’exposition à l’événement traumatique.
- Qualité du soutien social.
- Antécédents personnels et familiaux de troubles psychiatriques.
- Antécédents d’événements traumatiques, notamment durant l’enfance.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">PREVENTION</td><td colspan="3">- Intervention précoce auprès des personnes exposées à un événement traumatisant (defusing et debriefing) : par une cellule d’urgence médico-psychique (CUMP), sans efficacité prouvée.
- Aucun traitement médicamenteux n’a montré d’efficacité après exposition à un événement traumatisant.</td></tr>
<tr><td>Defusing</td><td colspan="2">= « Déchocage psychologique » : immédiatement après l’événement traumatisant.
- Vise à réduire la charge émotionnelle et identifier les personnes les plus vulnérables.</td></tr>
<tr><td>Debriefing</td><td colspan="2">= > 72 h après l’événement traumatisant : intervention unique, précoce et individuelle.
- Repérage et traitement des patients présentant des manifestations aiguës de stress (notamment une symptomatologie dissociative).
- Information sur les modalités évolutives des symptômes.
- Mise à disposition d’un soutien psychologique (verbalisation des émotions violentes ressenties…)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">TTT</td><td>Psychothérapie</td><td colspan="2">= Traitement de 1re intention, d’efficacité supérieure à un traitement médicamenteux :
- Thérapie cognitivo-comportemental : centrée sur le traumatisme, avec gestion de l’anxiété, lutte contre les évitements cognitifs ou comportementaux, techniques de relaxation, exposition graduée aux stimuli, restructuration cognitive.
- Thérapie d’exposition prolongée : technique de désensibilisation vis-à-vis de l’événement traumatisant par exposition, imaginaire ou réelle, progressive et répétée.
- Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) : stimulation des processus de traitement de l’information afin de contextualiser les souvenirs de l’événement traumatique (le patient évoque des éléments de souvenir pendant que son attention est focalisée sur des stimuli bilatéraux visuels).</td></tr>
<tr><td rowspan="2">TTT psycho-pharmaco-logique</td><td>À la phase aiguë</td><td>- Éviter l’usage des benzodiazépines (↗ le risque de ESPT).
- Utilisation possible d’hypnotiques pour traiter les troubles du sommeil.</td></tr>
<tr><td>À la phase constituée</td><td>- Antidépresseurs ISRS en cas de symptômes sévères ou chroniques.</td></tr>
<tr><td colspan="3">➞ L’hospitalisation en psychiatrique peut être indiquée en cas de symptômes sévères ou de risque suicidaire.</td></tr>
</table>

TROUBLE DE L'ADAPTATION

Trouble de l'adaptation = syndrome de réponse au stress (traumatisme, événement de vie stressant…) avec des symptômes réactionnels à un ou des événement(s) de vie auquel le sujet n'arrive pas à s'adapter.
- Prévalence = **1 %**, survenue à tout âge, mais plus fréquent chez le sujet âgé, prédominance féminine (2/1) chez l'adulte.
- Un des motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale (10-20 %) et en psychiatrie ambulatoire (5-20 %).
- FdR principal : **trouble de la personnalité** constituant une vulnérabilité psychique limitant les capacités d'adaptation.

SEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE	**Événement stressant**	= **Facteur de stress identifiable** = changement imposant au sujet de s'adapter : professionnel ou personnel, unique ou multiple, récurrent ou continu, concernant le patient seul ou un groupe plus large. - Événement stressant : **transition de vie** (mariage, rupture sentimentale, changement de métier, difficultés financières…), **annonce d'une pathologie invalidante ou à pronostic défavorable**… - Chez l'enfant : **séparation des parents, entrée au lycée, échec à l'examen**… - **Parfois d'apparence non stressant** (surtout chez le patient vulnérable) : naissance, déménagement, promotion professionnelle…
	Symptômes	= **Symptômes émotionnels** ou **comportementaux** ne remplissant pas les critères diagnostiques d'un autre trouble psychiatrique caractérisé, avec **altération du fonctionnement socio-professionnel.** - **Anxieux** : **sensation de tension, difficultés de concentration et d'attention, ruminations, irritabilité, signes physiques** (céphalées, sensation d'étau thoracique, troubles fonctionnels digestifs…) - **Dépressifs** : **tristesse de l'humeur, culpabilité, trouble des fonctions instinctuelles** (alimentation, sommeil…), **idées suicidaires**… - **Comportementaux** : **isolement, absentéisme, abus de médicaments** (anxiolytiques) ou de **substances** (tabac, alcool, stupéfiants), **fugue, comportements suicidaires…** ➝ Apparition dans les **3 mois** suivant le début du facteur de stress et disparition **< 6 mois** après l'arrêt. ➝ Symptômes non préexistants à l'événement déclenchant.
DG	Critères diagnostiques DSM-5	A – Développement de symptômes émotionnels ou comportementaux en réaction à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiables, dans les 3 mois suivant l'exposition au(x) facteur(s) de stress. B – Cliniquement significatif : . Détresse marquée, disproportionnée par rapport au facteur de stress. . Altération significative du fonctionnement social ou professionnel. C – Ne répond pas aux critères d'un autre trouble psychiatrique spécifique. D – **Les symptômes ne sont pas ceux d'un deuil normal.** E – Persistance < 6 mois après disparition du facteur de stress ou de ses conséquences.
	DD	- **Réaction adaptée au stress** : intensité des symptômes inférieurs et sans altération du fonctionnement. - **Trouble stress aigu** ou **Trouble stress post-traumatique** : délai d'apparition, durée et symptomatologie différente (syndrome de répétition et syndrome d'évitement). - **Épisodes dépressifs caractérisés** ou **trouble anxieux.**
	Comorbidité psychiatrique	- **Trouble de personnalité** (15 %). - **Usage de substances** (7 %).
ÉVOLUTION	Complication	- **Risque suicidaire** (2 à 4 % de tentatives de suicide), surtout chez l'adolescent (10 % de TS). - **Épisode dépressif caractérisé**, surtout chez l'adulte et la personne âgée. - Troubles addictifs (fréquents). - Chez l'adolescent : **trouble de l'humeur, personnalité pathologique.**
	Évolution	- Transitoire, cédant dans les 6 mois après la fin du facteur de stress : **75 %** sans complication ni séquelle. - Risque de **chronicisation**, ou de **troubles thymiques ou anxieux caractérisés.** - Facteurs de mauvais pronostic : durée d'évolution des symptômes, troubles du comportement associés ou trouble de la personnalité associé, trouble addictif.
TTT	- Généralement spontanément résolutif à 6 mois de l'arrêt du facteur de stress. - Indications du recours au psychiatre : en cas de trouble sévère, de comorbidité (psychiatrique ou non psychiatrique), de résistance au traitement ou de situation à risque spécifique (grossesse, post-partum).	
	Psychothérapie	- **Thérapies d'intervention brève** : thérapie centrée sur la recherche de solutions s'appuyant sur les capacités d'adaptation et le réseau de soutien familial et social du patient. - **Thérapie cognitivo-comportementale.**
	TTT médical	- **Anxiolyse par benzodiazépines** (durée < 12 semaines), ou Hydroxyzine (Atarax) : en cas de symptômes anxieux invalidants. - **Hypnotique** type zolpidem (Stilnox®) ou zopiclone (Imovane®) : en cas de troubles du sommeil.
	➝ **L'hospitalisation** n'est nécessaire qu'en cas de risque suicidaire ou d'environnement très négatif : crise suicidaire, environnement négatif aggravant ou à l'origine du trouble, enfants, adolescents, majeurs protégés, personnes âgées.	